

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 15

---

DES  
OSTÉITES DU PUBIS

ET DE LEURS

*Rapports avec la Coxalgie*

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS WEITZEL

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon (1897)

Né à Bourg (Ain), le 23 janvier 1877



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison J. A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—  
1899



DES  
OSTÉITES DU PUBIS

ET DE LEURS

*Rapports avec la Coxalgie*



DES  
OSTÉITES DU PUBIS

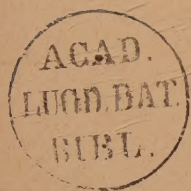
ET DE LEURS

*Rapports avec la Coxalgie*

PAR

**Le Docteur Louis WEITZEL**

*Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon (1897)*



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899



*Au début de ce travail, qui doit clere officiellement nos études médicales, nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont témoigné de la sympathie ou de l'intérêt.*

*M. le professeur Ollier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions de tout cœur.*

*M. le professeur agrégé Gangolphe nous a inspiré ce travail et nous a guidé de ses conseils. Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé près de lui.*

*Que ceux de nos maîtres civils ou militaires qui nous ont témoigné quelque sympathie soient assurés de notre reconnaissance.*

*Quant aux personnes qui, depuis longtemps, s'intéressent à nous, et nous l'ont prouvé dans maintes circonstances, je suis heureux de leur adresser mes sentiments de profonde gratitude.*

*Que nos amis et camarades soient persuadés que l'éloignement ne nous fera pas oublier les heureux moments passés avec eux.*

L. W.



## INTRODUCTION

---

Les ostéites du pubis sont intéressantes à plus d'un point de vue, mais elles ne mériteraient pas une étude bien spéciale, si elles ne donnaient lieu parfois à des erreurs fort importantes de diagnostic.

Aussi, ne nous occuperons-nous exclusivement, dans notre description, que des ostéites du pubis qui par leurs symptômes simulent la coxalgie.

L'analogie entre ces deux affections est parfois, comme nous le verrons en effet, poussée assez loin pour que des cliniciens exercés, mais non prévenus, se soient laissé prendre aux apparences.

C'est pourquoi nous avons cru utile d'attirer l'attention sur ce point particulier et important de diagnostic, que peu d'auteurs jusqu'ici ont signalé.

Du diagnostic d'une affection, de la connaissance exacte du siège de la lésion, dépendent en effet le pronostic et le traitement.

Si une lésion articulaire, par exemple, entraîne comme conséquence une longue et pénible immobilisation dans une gouttière, ou un appareil gênant,

si elle fait regarder l'ankylose comme une terminaison très heureuse, il n'en sera pas de même pour un simple point d'ostéite du pubis, qui, bien que se présentant avec les mêmes symptômes alarmants, pourra disparaître avec de simples ponctions.

En réunissant quelques observations, nous allons donc essayer, tout en constatant l'analogie des symptômes des ostéites du pubis et de la coxalgie, de trouver quelques points permettant de différencier ces deux affections.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Etiologie**

Si on recherche les causes qui président à la localisation des germes infectieux sur le pubis, nous trouvons, comme pour les ostéites en général, toutes les causes capables de débilitier l'organisme, et d'augmenter, à un moment donné, les chances de l'infection, ou de favoriser le développement des germes et foyers pathogènes, en affaiblissant la résistance des cellules.

C'est, par exemple, le froid, l'humidité, l'habitation dans les locaux insalubres, une nourriture malsaine ou insuffisante, en un mot la misère sous toutes ses formes.

Cependant, parmi les causes banales invoquées si fréquemment dans la pathogénie des ostéites, il en est une que nous avons peu souvent vu accuser : c'est le traumatisme. Cela n'a rien d'étonnant, car par sa situation anatomique, le pubis est peu exposé aux chutes et contusions. Aussi, n'est-ce que dans quel-

ques cas, que nous avons pu relever cette particularité dans les antécédents.

La date de l'apparition des ostéites du pubis est, comme nous le verrons, réglée par des stades de développement de cet os. On en rencontre dans la première enfance, puis elles réapparaissent ensuite à l'âge de puberté. On en voit parfois survenir très tardivement, à 33 et 48 ans par exemple.

Le sexe semble n'avoir aucune influence.

Comparées aux autres ostéites du bassin, les ostéites du pubis seraient des moins fréquentes. C'est ainsi que sur 86 cas d'ostéites pelviennes, signalés dans la thèse de Wisard, (1) il n'y en a que 6 se rapportant au pubis.

---

(1) WISARD. — Thèse de Genève, 1886.

## CHAPITRE II

---

### **Anatomie Pathologique**

Les ostéites du pubis peuvent être de nature tuberculeuse, ou de nature infectieuse. Nous ne nous occuperons, presque exclusivement, dans notre description, que des ostéites tuberculeuses, qui se rapprochent le plus par leur marche et leurs symptômes de la coxalgie.

Nous ne voulons pas ici décrire les lésions tuberculeuses, qui, d'ailleurs, revêtent au pubis les mêmes caractères que dans les autres points du système osseux ; mais, nous voulons simplement attirer l'attention sur la localisation de ces lésions, qui empruntent à leur siège, des symptômes et une gravité différents.

Mais, la localisation de tout processus infectieux sur le tissu osseux est réglée par des lois bien définies. C'est dans les zones d'accroissement de l'os, comme depuis longtemps l'a démontré le professeur Ollier, qu'il faut chercher les premières jetées d'une affection osseuse ; — qu'il s'agisse de processus

inflammatoires simples ou infectieux, aigus ou chroniques.

Aussi est-il de toute nécessité de rappeler brièvement, au début de cette étude, les divers points d'accroissement et de développement du pubis

A la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, après l'ilium et l'ischion, apparaît le point osseux pubien, au bord supérieur du canal sous-pubien. Ce noyau osseux se bifurque, et chacun de ses prolongements devient une branche pubienne : branche horizontale, qui se dirige vers le cotyle et sera en partie recouverte plus tard par l'os intercalaire, et branche descendante, qui va au devant de la branche ascendante de l'ischion, pour se confondre avec elle. Le moment de la soudure paraît être fixé à 12 ans. Entre le pubis et l'ilium, vient s'interposer l'os intercalaire. Cet os apparaît à 9 ans, et se montre d'abord sous forme d'un grain osseux dans la branche antérieure du cartilage en Y, qui va former l'éminence ilio pectinée. C'est le premier des points d'ossification secondaire ou épiphyses.

Puis, à l'âge de 16 ou 18 ans, se montre l'épiphyse marginale du pubis. Elle se compose, dit Gouilloud, de deux lames : l'une longe la branche horizontale, l'autre, parallèle à la symphise pubienne, va rejoindre l'épiphyse de l'ischion, au niveau du tubercule ischio-pubien. Elle se soude de 20 à 22 ans. Il y a en outre le point épiphysaire de l'épine du pubis.

En résumé, comme Gouilloud (1) s'est attaché à le

(1) Gouilloud. Thèse de Lyon 1883.

démontrer, il y a pour le pubis, comme pour les autres os constitutifs du bassin, deux périodes de développement, et par suite deux classes d'ostéites.

Dans la première période (*période prépubertique*), qui s'étend de la naissance à la puberté, 16 ou 18 ans, on assiste à la formation du pubis, et à sa soudure avec les autres parties constitutives du bassin, autour de la cavité cotyloïde.

Durant cette période, nous voyons les lésions des ostéites se localiser précisément sur la portion du pubis, contiguë à la cavité cotyloïde.

C'est qu'à ce moment l'acétabulum et son voisinage sont le siège de la soudure et de la réunion des diverses pièces osseuses, qui le constitueront définitivement, et qu'il se trouve, en cet endroit, une assez grande quantité de ce tissu *juxta épiphysaire*, si susceptible d'inflammation, et si apte au développement des germes pathogènes.

Suivant la localisation des lésions, soit sur la portion du pubis entrant directement dans la formation du cotyle, soit sur les portions voisines de cette cavité, on aura deux formes distinctes d'ostéites : les unes, *intracotyloïdiennes*, les autres, *extra-cotyloïdiennes*, ou mieux et plus précisément, *péricotyloïdiennes*.

Plus tard, (*Période post-pubertique*), les points faibles de l'os sont reportés dans la zone périphérique d'accroissement, aux points de soudure des branches horizontale et descendante, et dans la zone des épiphyses marginales, qui apparaissent assez tard.

On a alors deux formes distinctes d'ostéites.

Dans l'une, la lésion porte sur la *branche horizontale* ; l'affection peut alors être grave et souvent s'accompagne de troubles urinaires, par suite de la pénétration dans la vessie, de petits séquestres, qui deviennent ensuite le point de formation de calculs.

Dans l'autre, la lésion siège sur la *branche ischio-pubienne*. C'est une ostéite épiphysaire ou juxta-épiphysaire, très fréquente, à évolution tardive, qui se termine ordinairement par la guérison, avec ou sans formation de séquestres.

Il suffit parfois d'un point d'ostéite très limité, pour amener des contractures musculaires, des attitudes vicieuses très prononcées, et de la gêne des mouvements. On n'a quelquefois pas dans ces cas formation de séquestres, et nous verrons dans plusieurs observations, la guérison complète survenue, sans autre intervention que la ponction répétée des abcès formés. Cela se voit surtout dans les ostéites de nature tuberculeuse, tandis que dans les ostéites de nature infectieuse il y a presque toujours production de séquestres.

Dans d'autres cas, il se forme un séquestre d'étendue très variable.

Les uns sont très petits, de la grosseur d'un noyau de cerise, les autres comprennent une portion assez étendue, soit de la branche horizontale, soit de la branche ischio pubienne. D'autres fois, le séquestre est formé par une branche entière et même le corps du pubis.

Par la nature et l'aspect, ces séquestres ne dif-

fèrent pas de ceux que l'on a l'habitude de rencontrer dans les lésions tuberculeuses.

Ces diverses variétés d'ostéites ne nous intéressent pas toutes au même titre.

Des ostéites intracotyloïdiennes, si intéressantes à plus d'un point de vue, nous ne nous occuperons pas, car elles rentrent dans les véritables coxalgies à début osseux ; mais il n'en est pas de même des ostéites péricotyloïdiennes. Ces dernières empruntent, en effet, à leur siège une gravité et un intérêt tout particuliers. Difficiles à diagnostiquer dès le début, elles revêtent, presque entièrement, les symptômes de la coxalgie, et menacent, par leur situation voisine de l'articulation, de l'envahir si l'on n'intervient pas à temps.

Quant aux ostéites épiphysaires ou juxta épiphysaires, quoique plus éloignées de l'articulation, elles nous intéressent encore à plus d'un titre. Plus fréquentes que les premières, et simulant, elles aussi, l'arthrite coxofémorale, elles donnent lieu à des erreurs de diagnostic, parfois difficiles à éviter.

Ce sont donc les ostéites péricotyloïdiennes et les ostéites épiphysaires, que nous aurons en vue dans notre description.

---

## CHAPITRE III

---

### Symptômes

Nous diviserons en trois périodes l'histoire des ostéites du pubis ; division d'ailleurs pleinement justifiée par les faits cliniques, et qui permettra de mieux mettre en relief l'analogie avec la coxalgie.

#### I. — PÉRIODE DE DÉBUT

Comme toutes les affections tuberculeuses en général, les ostéites du pubis présentent ordinairement un début insidieux. Durant toute cette première période, les symptômes sont vagues et peu accusés ; aussi mettent-ils rarement sur la voie du véritable diagnostic.

Le malade ne se plaint le plus souvent que de lassitude dans le membre inférieur, lassitude survenant d'abord après une marche ou à la fin d'une journée plus fatigante, puis revenant ensuite plus régulièrement chaque soir. Il ressent parfois dans la hanche une douleur sourde qu'il ne localise pas très bien, ou

dont il place le siège la plupart du temps au pli de l'aîne. On a noté dans quelques cas le cri nocturne que l'on rencontre d'autre part dans la colxagie. Mais en revanche, si on interroge soigneusement les malades, il est facile de se rendre compte que presque jamais ils n'ont ressenti cette douleur au genou, la *gonalgie*, que l'on rencontre si fréquemment dans la véritable coxalgie et qui souvent est la cause d'erreurs, en faisant, suivant une expression imagée, tromper d'étage. Pourtant cette règle n'est pas absolue et dans un cas nous avons noté des douleurs au genou. (Obs. X.)

Si à cette période, on explorait très soigneusement le pourtour de la cavité cotyloïde et les os voisins, on arriverait peut-être à trouver sur le pubis un point douloureux nettement circonscrit, et extra-articulaire qui renseignerait immédiatement sur la nature et le siège de la lésion. Mais cette exploration complète n'est pas facile à cause de l'épaisseur des parties molles en cet endroit. Chez l'enfant notamment, il sera difficile de trouver un point d'ostéite péri-cotyloïdienne ; il n'en est plus de même chez l'adulte où les ostéites siègent ordinairement sur le pourtour de l'os, et par conséquent sur des points plus aisément accessibles à l'exploration. Chez la femme surtout, le toucher vaginal permettant une exploration plus complète du pubis, on pourra par ce moyen déceler un très petit point osseux douloureux.

Puis apparaît une *claudication* qui, intermittente au début, devient bientôt continue.

Si, à ce moment, l'attention étant attirée par ces symptômes fugaces et mal définis, on procédait à un examen minutieux du malade, on s'apercevrait peut-être que la claudication est moins prononcée que dans la véritable coxalgie, et que l'amplitude des mouvements qui se passent dans la colonne vertébrale est moindre ; si on examinait le malade sur un lit on serait frappé de la mobilité de l'articulation coxofémorale, malgré la claudication.

Quelquefois, pourtant, non que l'inflammation ait déjà influencé l'articulation elle même, mais les mouvements suscitant plus de douleur, la mobilité ne revient que dans le demi-sommeil du début de l'anesthésie. Quand l'analgésie est plus complète, on peut constater avec étonnement que les mouvements articulaires se font avec une extrême souplesse.

Mais le plus souvent cet examen complet, avec anesthésie, n'est pas pratiqué, ou n'est fait que très tard, au moment d'une intervention, ou lorsque d'autres symptômes plus importants sont venus attirer davantage l'attention du malade et du médecin.

Enfin il est encore un symptôme propre de la coxalgie que nous rencontrons aussi, dès la première période, dans les *ostéites pubiennes* : c'est l'*adénopathie inguinale*. C'est, en effet, un signe sur lequel beaucoup d'auteurs ont attiré l'attention : « On trouve, presque constamment, dit Ménard (1), dès le début de la coxalgie, un ou deux ganglions du volume d'une noisette, au niveau et un peu au-

(1) Ménard. *De la coxalgie tuberculeuse*.

« dessous de l'arcade de Fallope, en dedans ou en  
« dehors des vaisseaux iliaques. D'autres fois les  
« ganglions tuméfiés siègent plus bas dans le triangle  
« de Scarpa.

« Ces ganglions engorgés sont indolents ou à  
« peine sensibles à la pression. Leur présence a une  
« signification clinique d'une grande importance,  
« car elle est la signature d'une lésion tuberculeuse.»

Or nous retrouvons précisément cette adénite inguinale, avec tous ses caractères, dans les ostéites tuberculeuses du pubis, et la présence de ce signe, joint à la claudication, à la gêne des mouvements fait souvent conclure de suite à une arthrite coxofémorale.

Cette période initiale, assez longue, sourde est habituelle, mais le début brusque peut parfaitement exister. Dans un cas, observé par M. le professeur Gangolphe, chez un enfant, c'est brusquement, au retour d'une promenade, que la hanche devint le siège de douleurs extrêmement vives. En même temps on vit la cuisse se fléchir, et les mouvements ne redevenaient plus libres qu'après l'apparition d'un abcès au niveau du pubis, ce qui vint mettre sur la voie du diagnostic.

Ce début brusque et *légèrement pyrétiq*ue est à noter, car on pourrait confondre cette ostéite tuberculeuse aiguë avec une ostéite infectieuse d'une autre nature (ostéomyélite) rencontrée parfois au pubis.

## II. — DEUXIÈME PÉRIODE. — ATTITUDES VICIEUSES

A ces symptômes vagues, pour la plupart subjectifs, en succèdent bientôt d'autres qui rendent encore plus frappante l'analogie avec la coxalgie.

A ce moment, en effet, on voit le membre inférieur se placer en *flexion, adduction et rotation interne*.

Si on essaie d'imprimer des mouvements au membre inférieur, si on tente de le ramener dans l'extension et l'abduction, on constate que l'on ne peut y arriver sans entraîner le bassin ou sans provoquer de très vives douleurs.

Parfois même, pour corriger cette attitude vicieuse et parer au raccourcissement du membre inférieur par suite de la flexion, il y a un *abaissement du bassin* et une déviation de la colonne vertébrale, l'*ensellure compensatrice*, tout autant de choses que nous rencontrons dans la coxalgie. Nous en avons un exemple dans l'observation de Chassaignac (1) où l'on note abaissement du bassin et déviation de la colonne vertébrale.

On retrouve donc, comme dans la deuxième période de la coxalgie, l'adduction et la rotation en dedans, la flexion de la cuisse sur le bassin et l'impossibilité de corriger cette attitude sans entraîner de vives douleurs.

Par suite de cette attitude, les mouvements passifs diminuent progressivement d'étendue sans jamais

(1) Observ. I.

cependant disparaître complètement, comme c'est le cas dans la dernière période de la coxalgie.

Il est presque toujours possible, en effet, dans les cas d'ostéites pubiennes, d'imprimer au membre malade de légers déplacements dans tous les sens et de constater que le bassin n'est pas absolument solidaire du membre inférieur. Pourtant, il n'en est pas toujours ainsi, et dans l'observation IV, on ne pouvait imprimer au membre pelvien des mouvements d'extension et d'abduction sans entraîner le bassin. De tous les mouvements, celui d'abduction est le plus limité et celui qui disparaît le premier. La douleur que réveillent les mouvements provoqués est très variable.

Dans certains cas (observation IV), elle peut atteindre une acuité extrême, tandis que parfois les mouvements de la cuisse n'entraînent qu'une très faible souffrance pour le malade.

La percussion à distance, sur le talon ou sur le genou, ne produit ordinairement pas de douleur. C'est là un symptôme qu'il était facile de prévoir, *a priori*, puisque l'articulation est saine, mais auquel on ne doit pas ajouter une aussi grande importance qu'on l'a fait quelquefois.

A quoi donc est due cette attitude en flexion et en adduction, puisque, l'articulation coxofémorale étant saine, on ne peut adopter ici les mêmes théories que pour la coxalgie? Elle provient de la contracture réflexe des muscles adducteurs de la cuisse.

Nous retrouvons, en effet, dans ces ostéites du pubis, l'attitude décrite par plusieurs auteurs et, en par-

ticulier, par Verneuil. dans une affection singulière sur laquelle il a attiré l'attention au Congrès de chirurgie en 1877 (1).

La rigidité des adducteurs de la cuisse, survenant sans aucune lésion osseuse, amène, en effet, comme Verneuil l'a noté dans ses observations, une claudication de certaine espèce, car le pas exécuté par le membre atteint est plus court que l'autre, par suite de la flexion légère de toutes les articulations du membre inférieur.

On note, d'autre part, flexion permanente de la cuisse sur le bassin, ensellure compensatrice, rotation interne, adduction et difficulté d'écarter le membre et de le tourner en dehors. Tous ces muscles, en effet, pectiné, droit interne et la masse puissante des adducteurs, dont les points d'insertion sont tous voisins des points osseux malades, se contracturent et leur action, si puissante puisque pour certains auteurs elle l'emporterait sur celle des muscles abducteurs, place le membre en flexion sur le bassin et en adduction,

C'est cette attitude, plus ou moins prononcée, que nous trouvons dans la plupart de nos cas observés.

Dans le cas de Ménard la cuisse était fléchie à angle droit sur le bassin, et toute manœuvre sur la région était douloureuse.

Dans l'observation de Marjolin, la flexion très prononcée de la cuisse sur le bassin, l'impossibilité d'imprimer au membre pelvien des mouvements

(1) Verneuil. *Bull. soc. chirurg.* 1877.

d'extension et d'abduction firent penser à une arthrite coxofémorale, et pourtant l'autopsie démontra l'intégrité articulaire.

Dans le cas rapporté par Chassaignac, la flexion était si prononcée que le malade semblait avoir une luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

### III — ABCÈS

Peu à peu le processus infectieux continuant son œuvre, la suppuration survient.

Le pus se collecte, et suivant l'action de la pesanteur il vient ordinairement former, dans le pli génito-crural, un abcès assez facile à retrouver.

C'est là le siège de prédilection, surtout lorsque l'on a affaire à une lésion de la branche ischio-pubienne. La présence d'un abcès en ce point est pathognomonique et permet souvent de faire un diagnostic jusque là hésitant.

Parfois cependant, le pus suit une autre trajet et vient se faire jour en des endroits différents. C'est ainsi et surtout dans les cas de lésion de la branche horizontale du pubis, que l'on voit des abcès dans le triangle de Scarpa, à la partie antérieure de la cuisse, en dedans ou en dehors des vaisseaux fémoraux.

Ils simulent alors dans ces cas les abcès provenant d'une lésion articulaire. Ces abcès, dit Ménard, prennent naissance en dedans des vaisseaux fémoraux, dans l'épaisseur des adducteurs. Leur siège est d'abord profond le plus souvent, sauf lorsqu'il

est voisin de l'arcade fémorale et du pubis. Dans ce cas ils deviennent rapidement superficiels et on peut les reconnaître dès qu'ils ont un volume dépassant une noisette.

D'autres fois le pus suit encore une voie plus anormale. C'est ainsi que dans le cas signalé par Ménard(1), les fistules, par une singulière disposition anatomo-pathologique, s'étaient ouvertes, non pas dans le voisinage de l'os malade, dans le pli génito-crural, comme cela a lieu d'habitude, mais à une grande distance, dans le triangle de Scarpa et à la partie postérieure de la fesse.

De même dans un des cas signalés dans la thèse de Wisard un des malades avait présenté un second abcès à la partie postérieure de la cuisse. Il est vrai que dans ce cas, aucune intervention n'ayant été faite, le diagnostic d'ostéite simple du pubis n'a pas pu être aussi formellement établi que dans le cas précédent où l'on fit une arthrotomie de la hanche.

Fait curieux à remarquer, on voit quelquefois après l'apparition de l'abcès les phénomènes douloureux cesser brusquement et les mouvements redevenir plus libres. C'est ce qui arriva dans deux cas cités et permit ainsi d'établir un diagnostic ferme.

Ouverts au bistouri, ou spontanément, ces divers abcès laissent écouler une quantité variable de pus. La nature de ce pus varie suivant les cas et elle fournit certains indices importants pour le pronostic.

On retire parfois par la ponction le pus ossifluent

(1) Obs. VIII.

type ; d'autre fois, c'est un liquide séreux tenant en suspension des éléments purulents plus ou moins rares (1). Il y a déjà là une dissociation entre les éléments qui doivent se résorber et ceux qui sont destinés à s'enkyster pour subir une résorption plus lente, souvent incomplète

Après l'ouverture des abcès, il subsiste parfois une fistule à sécrétion souvent abondante, quelquefois intermittente. Avec un stylet il est presque toujours possible d'arriver sur un point osseux dénudé, nécrosé ou carié.

Les parties mortifiées peuvent être, comme nous l'avons vu, limitées à des épiphyses ou étendues à de vastes surfaces. Mais il faut faire une remarque très importante, qui rend moins sombre le pronostic, c'est qu'au début, la lésion est souvent limitée et nullement en rapport avec les énormes collections de pus et les dégâts étendus qu'elle occasionne. De plus, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les ostéites tuberculeuses du pubis amènent peu souvent la formation d'un séquestre. Parfois, ces séquestres se détachent spontanément et sortent par la fistule ; celle-ci se ferme et la guérison se fait rapidement. D'autres fois, le séquestre reste enclavé dans les parties saines et des infections secondaires survenant, il persiste une suppuration plus ou moins abondante qui ne disparaît qu'après l'enlèvement du point osseux nécrosé.

Dans certains cas, surtout dans les ostéites de la branche horizontale, survient parfois une curieuse com-

(1) Obs. VII et XII.

plication. Un séquestre plus ou moins mobile, à pointe acérée, arrive au contact de la vessie, en perce peu à peu la paroi et tombe dans sa cavité. Là, il devient le point de formation d'un calcul, qui amène ensuite des accidents urinaires, assez graves parfois pour nécessiter une intervention. L'observation II en est un exemple. La pénétration de ces débris osseux dans la vessie se fait sans amener aucune douleur et leur présence ne se traduit que par l'apparition des accidents urinaires qu'ils provoquent.

Quant à l'envahissement de l'articulation coxofémorale, par une inflammation partie d'un point d'ostéite pubienne, elle est assez rare tout au moins pour les ostéites épiphysaires.

Par leur situation, les points d'ostéites péricotyloïdiennes exposent, en effet, à l'envahissement de l'articulation, envahissement qui se ferait d'autant plus rapidement, qu'il existe alors, autour de la cavité cotyloïde, des travées de tissu jeune, qui sont des voies toutes tracées à l'infection. C'est pour cette raison que Marjolin disait après avoir relaté son observation (obs. IV) : « Je ne doute pas que, si l'enfant eût vécu, l'affection eût détruit la paroi osseuse qui la sépare de l'acétabulum. Il y a donc là un danger réel auquel il faudra penser quand on instituera un traitement. »

---

## CHAPITRE IV

---

### Diagnostic

Tels sont les symptômes des ostéites du pubis, et, comme on a pu s'en rendre compte, on retrouve, comme dans la coxalgie, la gêne dans les mouvements, l'attitude vicieuse du membre, l'adénopathie inguinale, et parfois même jusqu'au siège des abcès.

La confusion peut donc être très facile, et elle l'a été plusieurs fois, comme le témoignent quelques observations. C'est ce qui arriva, en effet, à Marjolin, à un collègue de Chassaigne et à Ménard.

Comment donc prévenir ces erreurs, et y a-t-il dans l'histoire clinique des ostéites du pubis, quelques points qui peuvent servir à fixer le diagnostic ?

De tous les symptômes que nous avons passés en revue, il n'en est guère de pathognomoniques, si ce n'est la constatation d'un point douloureux nettement extra-articulaire, ou l'apparition d'un abcès dans le pli génito-crural.

Mais, pour rechercher ce point douloureux en dehors de l'articulation, il faut nécessairement déjà

avoir eu l'attention attirée de ce côté par d'autres indices, de même que l'apparition d'un abcès au siège pathognomonique n'est qu'un élément bien tardif de diagnostic.

On ne peut guère, d'autre part, se baser sur l'âge de l'apparition des diverses ostéites du pubis.

La coxalgie ordinaire, disent les auteurs (Lannelongue, Ollier, Gangolphe), diminue de fréquence entre dix et quinze ans et devient exceptionnelle après l'âge de quinze ans.

Les ostéites du pubis se développent à deux moments différents. Les ostéites de la période prépubertique, survenant dans la première enfance jusqu'à dix-huit ans, sont celles qui précisément offrent le plus d'analogie avec la coxalgie, à cause de leur siège péricotyloïdien.

L'âge ne pourra donc devenir un élément de diagnostic que pour les ostéites postpubertiques qui apparaissent à vingt, vingt-deux, parfois trente-trois et quarante-huit ans (cas de Kuster et Duret) (1). Là encore ce ne serait qu'un élément peu important.

La claudication est peut-être différente de celle de la coxalgie, le membre inférieur est peut-être moins solidaire du bassin que dans l'arthrite coxofémorale ; mais ce sont des remarques qui, dans certains cas, permettront de soupçonner le véritable siège de la lésion, sans pouvoir cependant servir de règle générale. Dans le cas de Marjolin, par exemple, les dou-

(1) KUSTER. — Ein chirurgisches Triennium.

DURET. — *Progrès médical*, 1876.

leurs étaient très vives et il était impossible d'imprimer des mouvements au membre inférieur, sans entraîner le bassin.

L'absence de *gonalgie* est ordinairement notée dans les commémoratifs, et il faut soigneusement interroger le malade à ce sujet.

Quant à *la percussion* sur le grand trochanter ou sur l'extrémité inférieure du fémur, le genou étant fléchi, elle peut servir à donner quelques renseignements, mais il faut bien savoir que son indolence n'est pas un signe certain d'intégrité articulaire.

On dira aussi que l'*attitude en adduction* survenant de suite chez un malade peut attirer l'attention et permettre d'éliminer la coxalgie. On sait, en effet, que la plupart du temps, dans l'arthrite coxofémorale, le membre inférieur adopte successivement deux attitudes différentes. *Au début*, les muscles abducteurs et rotateurs externes, par leur étroite connexion avec l'articulation, deviennent le siège d'irritation, et le membre inférieur se porte en *abduction* avec *rotation en dehors* et légère flexion.

*Plus tard*, par un mécanisme peu connu encore, soit que la lésion, de synoviale soit devenue osseuse, soit que les muscles abducteurs ayant subi une dégénérescence graisseuse, l'action des adducteurs ne se trouve plus contrebalancée, le membre se porte dans l'*adduction* et la *rotation en dedans*. Ce n'est donc qu'à une période avancée que nous retrouvons ordinairement dans la coxalgie cette attitude, qui est prise, dès le début, dans les ostéites du pubis.

C'est là un point à noter, mais il ne suffit pas en-

core à lui seul pour éliminer la coxalgie. A plusieurs reprises, en effet, on a noté l'*adduction initiale* dans la coxalgie. Vincent, notamment, considère l'adduction initiale dans la coxalgie, comme un signe de présomption de lésions acétabulaires primitives ou prépondérantes.

Le coxalgique, par lésions acétabulaires, se mettrait en adduction, flexion, rotation en dedans, exceptionnellement parce que cette attitude est celle de la luxation, qui exonère un peu le cotyle de la pression exercée par le fémur. Et à l'appui de ses assertions, Vincent, rapporte 14 cas de coxalgie, avec adduction et lésions acétabulaires.

L'apparition d'un abcès au niveau du pubis, ou collecté dans le pli génitocrural est, comme nous l'avons vu, un élément très important pour le diagnostic. En outre, ce qui frappe dans un bon nombre de cas et pourra faire rejeter le diagnostic de coxalgie, c'est l'*intégrité relative* des mouvements articulaires qui réapparaissent au moment de la formation des abcès, tandis que dans l'arthrite coxofémorale, arrivée à la période fistuleuse, il n'est guère possible de faire exécuter un mouvement quelconque, un peu étendu, au membre inférieur, sans entraîner le bassin auquel il est soudé.

Tout dernièrement M. le docteur Destot (1) a proposé, au Congrès de Chirurgie, un moyen pour déceler le point de départ des abcès siégeant autour de l'articulation de la hanche et permettant de diag-

(1) Destot. — Congrès français de Chirurgie. Paris, 1897. 23 octobre.

nostiquer ainsi les pseudo coxalgies. Il s'agirait tout simplement d'injecter dans la cavité de l'abcès préalablement vidé par la ponction exploratrice, une solution d'éther iodoformé, et à examiner ensuite aux rayons Röntgen ; l'iodoforme arrêtant les rayons Röntgen, on voit en noir la cavité remplie par l'éther iodoformé, et on peut en déterminer la situation par rapport au squelette.

Ce procédé, suivant son auteur, se recommanderait, d'abord par sa simplicité, et en second lieu, par l'action thérapeutique de l'éther-iodoformé.

Mais le point de départ des abcès ne doit pas être aussi facile à apercevoir que M. Destot semble le dire. Une fois injecté par l'éther iodoformé, en effet, l'abcès doit simplement se confondre avec l'opacité des os environnants, et il est alors difficile d'en déterminer la situation.

*La radiographie simple*, sans injection d'éther iodoformé dans la poche de l'abcès, permettra peut-être de mieux voir l'altération osseuse, bien que d'ailleurs il soit assez difficile d'apercevoir assez nettement les détails sur une épreuve radiographique du bassin. De nouveaux perfectionnements permettront peut-être de donner plus d'extension à ce moyen de diagnostic, mais comme il ne se trouve pas encore à la portée de tout le monde, il faut revenir aux moyens cliniques ordinaires.

Dans ces cas difficiles, les notions les plus exactes sont encore fournies par l'examen direct de la région, qui permet de limiter exactement, dans certains cas, la partie malade.

Mais il faut reconnaître qu'il s'agit là d'une région que l'exploration manuelle ne peut atteindre que d'une façon imparfaite, de sorte que l'hésitation est autorisée, surtout quand il s'agit d'un point d'ostéite péri-cotyloïdienne. Dans les ostéites épiphysaires l'exploration pourra plus facilement faire constater l'existence d'un point douloureux pubien et ainsi fixer le diagnostic.

Chez la femme, le *toucher vaginal* pourra fournir des renseignements très utiles sur l'état du pubis, car il en permet une exploration plus complète.

C'est ainsi que dans un cas rapporté par Terrillon (1), on percevait, par le toucher vaginal, un point douloureux fixe à droite sur le pubis. A gauche, on retrouvait le même empâtement et la même douleur. La pression exercée et continuée pendant un certain temps donnait lieu à un écoulement de pus par les fistules, qui existaient à la racine de la cuisse. La constatation de ces points douloureux, par le toucher vaginal, fit conclure à une ostéite du pubis malgré le siège anormal des fistules.

Le *toucher rectal*, en donnant des renseignements sur l'état de l'articulation, pourra aussi fournir des indications précieuses et, à ce titre, devra toujours être pratiqué.

On ne devra jamais négliger de faire l'*exploration soigneuse des fistules* qui peuvent exister. Le pus se fraye parfois des trajets bizarres à travers les parties molles, mais il est presque toujours

(1) TERRILLON. — *Semaine Médicale*, 1884.

possible, avec de la patience, d'arriver avec un stylet sur les surfaces osseuses dénudées. C'est ce qui permit à Chassaignac d'établir son diagnostic (1). C'est aussi ce que dit Ménard, à propos de l'obs. VIII. « Le diagnostic aurait été fixé à temps, si nous nous étions attachés, au commencement de l'opération, à suivre les trajets fistuleux jusqu'à leur point de départ, ce que nous ne manquons jamais de faire, depuis cette leçon de l'expérience (2).

Dans les cas très douteux, l'*anesthésie* peut devenir un élément précieux de diagnostic, en permettant de se rendre un compte exact de l'état de l'articulation. C'est ce qui arriva dans l'observation VIII : « Aussitôt le malade endormi, on fut frappé de l'étendue et de la facilité des mouvements de flexion ; ce qui fit douter de suite de l'arthrite coxo-fémorale, diagnostiquée avant l'anesthésie ».

Lorsque l'on se trouve en présence d'un cas ayant débuté brusquement et très rapidement, on pourrait songer non à une ostéite tuberculeuse du pubis, mais à de l'*ostéomyélite*.

Les cas d'ostéomyélite du pubis, quoique rares, se rencontrent quelquefois, et Secheyron qui en a retracé l'histoire, en a réuni un certain nombre d'observations (3). Tantôt primitives et spontanées, tantôt consécutives à la suppuration d'un organe voisin

(1) Obs. I.

(2) MÉNARD. — Congrès français de Chirurgie (1897, 23 octobre).

(3) Secheyron. Archives générale de médecine, 1888.

organes génito-urinaires (phlegmon de la cavité de Retzius) elles peuvent aussi succéder à un traumatisme avec ou sans plaie, ou se rattacher à une arthrite de la symphyse pubienne (état infectieux, puerpéralité).

Ces ostéites siègent surtout sur la branche descendante et à la face postérieure de l'arcade pubienne. Elles se révèlent par une douleur peu prononcée dans le décubitus horizontal et, sans l'état infectieux considérable qui domine la scène, la maladie pourrait très bien passer pour bénigne.

C'est précisément cet *état infectieux considérable* qui attire de suite l'attention et permet de faire le diagnostic. Quand on reconnaît, dit Lannelongue, un *début fébrile*, avec un *état général* plus ou moins grave, des phénomènes douloureux intenses, l'idée de coxo-tuberculose doit être écartée, car celle-ci n'a jamais d'autre réaction fébrile que celle liée à des incidents spéciaux de l'évolution.

Mais il ne faudrait pas croire, d'après cela, que la température reste toujours normale dans les cas d'ostéite tuberculeuse. On trouve parfois, en effet, comme il est noté dans les observations IX, X, XI, une élévation de température de un ou deux degrés, qui ne dure pas très longtemps en effet. Dans l'ostéomyélite, l'élévation est plus considérable et plus soutenue (40° et 41°). (1).

Mais il peut arriver que l'on soit appelé à envisager le cas d'une affection déjà ancienne, avec des dou-

(1) Obs. XIII.

leurs, des déformations, des troubles fonctionnels, formant à cette époque un tableau comparable à celui de la coxo-tuberculose. « Supposons, dit Secheyron, un cas d'ostéomyélite du pubis, arrivé à cette période. Peu à peu le membre inférieur s'est placé dans une attitude vicieuse, en adduction et rotation en dedans et, en définitive, on a une pseudo-coxalgie. Dans ces cas ce sont encore les commémoratifs qui feront faire le diagnostic. Il sera parfois possible de remonter jusqu'à l'origine des accidents, de constater une affection fébrile, suivie d'un phlegmon de la partie interne de la cuisse, des parois abdominales, de la fosse iliaque interne, ou bien de trouver une fistule osseuse étendue au pubis.

Mais ces faits doivent être rares; Secheyron, d'ailleurs, ne cite aucun cas d'ostéomyélite prolongée du pubis, et nous n'en avons trouvé aucune observation.

Le diagnostic d'ostéite du pubis devra encore se faire, avec la contracture nerveuse des adducteurs, ou *coxalgie hystérique*. La rigidité des adducteurs, comme dit Verneuil, peut, en effet, se rencontrer dans certains cas, sans qu'il soit possible de la rattacher à un point d'ostéite pubienne. Dans ces cas, c'est encore l'exploration directe et l'examen attentif qui feront découvrir l'absence de point douloureux et permettront d'éliminer l'idée d'ostéite. La soudaineté du début, l'absence d'adénopathie inguinale, la constatation d'autres symptômes nerveux et stigmates hystériques viendront confirmer le diagnostic (1). C'est

(1) Chipault. In Delbet Dentu.

ainsi que dans les cas de coxalgie hystérique, il existe une hyperesthésie cutanée qui occupe, suivant Gilles de la Tourette, un territoire représenté par une sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme et dont la base s'élargissant de plus en plus parallèlement au pli de l'aîne qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, empiétant parfois assez haut sur la région hypogastrique. Il y aurait en outre, à la partie antérieure du genou, une bande transversale d'hyperesthésie analogue.

Les *ostéites du grand trochanter* s'accompagnent, dans certains cas, d'adduction et de rotation en dedans (1). Mais il n'est guère possible de les confondre avec les ostéites du pubis. Les phénomènes *de sciatique* qui, souvent se retrouvent dans les trochantérites, le siège de la douleur, attirent l'attention à la face externe de la cuisse. La constatation d'un point douloureux au niveau du grand trochanter lèvera tous les doutes.

---

(1) Mordant. Thèse de Lyon, 1899.

## CHAPITRE V

---

### Traitement

Tels sont les signes qui peuvent permettre de diagnostiquer une ostéite pubienne. Voyons maintenant quelle est la conduite à tenir dans ces cas.

Il faudra, dès le début, agir comme dans une véritable coxalgie, afin de préserver l'articulation coxo-fémorale d'un envahissement toujours à craindre, surtout chez les enfants, et en outre calmer les douleurs qui, dans certains cas, sont assez vives.

Ce double but sera atteint par l'immobilisation du membre inférieur et de l'articulation de la hanche. Il faudra donc mettre le malade dans une gouttière Bonnet-Ollier avec une traction de quelques kilogrammes.

Cette traction n'a pas pour but, comme on le croyait autrefois, d'écarter les surfaces articulaires, puisque ce but n'est pas atteint, mais de relâcher les muscles contracturés et d'éviter les mouvements brusques, qui réveillent de vives douleurs.

Cette immobilisation dans une gouttière, qui est très pratique chez l'adulte, rencontre quelques difficultés chez l'enfant. On sait combien il est difficile, surtout pour les enfants en bas âge, d'obtenir l'immobilité et de les maintenir couchés sur le dos dans une gouttière. Leurs mouvements presque continuels rendent l'immobilisation illusoire ; aussi est-on obligé de les placer dans un appareil silicaté, qui comprend tout le membre inférieur et remonte jusqu'à la base du thorax. De cette façon on obtient bien l'immobilisation, mais on a d'autres inconvénients. L'appareil silicaté est vite souillé par les déjections, et il en résulte des érythèmes, des excoriations qui sont douloureuses et très gênantes. De plus l'appareil silicaté une fois établi, il est difficile de se rendre compte de la marche de l'affection, car pour procéder à un examen rationnel, il faudrait enlever l'appareil, puis le refaire ensuite ; ce qui ne se ferait pas sans préjudice et sans occasionner des douleurs parfois fort vives au malade. Ce genre d'immobilisation présente donc de grands inconvénients.

Pour y remédier, M. le professeur agrégé Gangolphe propose d'immobiliser l'enfant au moyen d'une demi-gouttière plâtrée antérieure en forme de T à branches inégales. La branche verticale, la plus longue, s'applique sur la face antérieure du membre inférieur tout entier et n'embrasse que sa demi-circonférence. La branche horizontale, raccourcie du côté malade, s'étend, du côté sain, jusqu'à la partie postéro-externe du bassin, qu'elle entoure ainsi incomplètement. Cette portion du bandage doit être

très large et remonter jusqu'au niveau de la ligne mamelonnaire. De cette façon, l'enfant est maintenu étendu et immobilisé, l'appareil n'est plus souillé par les déjections, et on peut, quand on le désire, enlever et replacer cette gouttière aussi facilement qu'un pansement ordinaire.

Cette immobilisation amène ordinairement la disparition des douleurs et permet d'éviter les dangers de la propagation articulaire. Dans tous les cas où elle a été employée, elle a donné de bons résultats. Dans un cas observé par M. Gangolphe, l'immobilisation ayant été cessée trop tôt, on vit reparaitre les douleurs, la claudication et la gêne des mouvements (1).

La durée de cette immobilisation ne doit pas être aussi longue que dans la coxalgie. Quand les douleurs ont disparu, quand le membre inférieur, par suite du relâchement des adducteurs, est revenu en bonne position, on peut au bout de quelques jours suspendre ce traitement. Chez les enfants, et surtout lorsque la lésion sera péricotyloïdienne, on devra prolonger cette immobilisation aussi longtemps que l'on aura quelque crainte au sujet de l'envahissement articulaire.

Lorsque des abcès se seront formés, le traitement de choix sera la ponction, suivie ou non d'injection, dans la poche, de glycérine iodoformée. L'éther iodoformé employé autrefois doit être rejeté, car il

(1) Obs IX.

distend la poche, cause des douleurs fort vives et amène parfois la syncope.

« Cette ponction, dit M. le professeur agrégé Gangolphe (1), bien faite, est inoffensive. Il peut arriver que l'on tarisse d'emblée une poche volumineuse. Mais habituellement plusieurs ponctions sont nécessaires; il est loisible de les répéter aussi souvent qu'on le jugera nécessaire d'après le volume de la collection.

« La rapidité de la récidence, les caractères du pus sont de précieux éléments pronostics. Lorsque la guérison doit survenir, l'abcès ne se reforme que lentement au bout d'un ou plusieurs mois et le liquide que l'on retire est différent de celui que l'on avait obtenu au début.

« La première ponction a donné un pus blanc jaunâtre, fluide, avec des grumeaux plus ou moins abondants; la seconde ponction donnera issue à du pus moins coloré, plus clair; une troisième évacuation produira un véritable liquide clair et filant, albumineux comme du blanc d'œuf. La guérison sera proche et probablement définitive, puisque l'abcès ossifluent traduit en grande partie au dehors l'état du foyer qui en est la cause initiale.

« Nous sommes partisans de la ponction pour en avoir entendu citer les bons effets par Ollier, Fochier, L. Tripier, et les avoir constatés nous-mêmes. »

C'est aussi ce que dit Terrillon en parlant des ostéites du bassin : « Je n'ai observé, dit-il, pour ma part, que quatre malades qui étaient nettement

(1) GANGOLPHE.— Maladies infectieuses et parasitaires des os.

atteints de ces variétés d'ostéites, et que j'ai pu guérir radicalement après trois, quatre, et cinq ponctions. » (1)

Gouilloud préconise de même les ponctions successives (2).

Quand on se trouvera en présence de séquestres entretenant des fistules pendant longtemps, il faudra se déterminer à intervenir. Il n'y a dans ces cas aucun manuel opératoire typique à préconiser. Il suffira d'une incision des parties molles, en se guidant sur les trajets fistuleux, pour arriver sur la portion nécrosée, l'extraire et pratiquer ensuite le curetage de la cavité tuberculeuse.

Dans les cas où le séquestre comprendra toute une branche pubienne, on verra alors en à faire la résection. C'est ce que fit le professeur Ollier (3), et 20 ans après cette intervention, il découvrit, en incisant les parties molles pour fermer des fistules persistantes, qu'il y avait eu reproduction d'une masse osseuse remplaçant la branche ischio-pubienne et complétant le trou obturateur.

(1) TERRILLON. — *Semaine médicale*, 1884, p. 101.

(2) GOULLLOUD. — Th. de Lyon, 1883.

(3) Obs. III.

---

## OBSERVATION I

Chassaignac. Traité de la suppuration. Obs. 704

*Nécrose de la branche ischio-pubienne. — Diagnostic de coxalgie. — Absès de la rainure périnéale interne. — Fistule ostéopathique. — Ablation d'un séquestre. — Guérison.*

Le jeune Belval, âgé de 17 ans, a été atteint, il y a six ans, d'un absès dans la rainure périnéale interne de la cuisse gauche.

Cet absès a donné lieu à une fistule ostéopathique, qui paraissait liée à une affection de la hanche. Il semblait qu'il y eût, *en effet, luxation du fémur dans la fosse iliaque externe*; en réalité, il y avait déviation du bassin et inclinaison de la colonne vertébrale sur le bassin.

Le malade a été successivement traité par plusieurs médecins qui, tous, ont cru à l'existence d'une coxalgie.

Dans l'examen que je fis du jeune malade, mon attention se dirigea naturellement, d'une part, sur la fistule, et d'autre part, sur la déformation pelvienne.

La fistule siégeait dans la rainure qui sépare la cuisse gauche de la région périnéale. En l'explorant avec le stylet, je parvins à constater l'existence d'une nécrose située au voisinage de l'orifice fistuleux. Plus tard, au moyen de canules en Y, de plus en plus volumineuses, je parvins à dilater progressivement le trajet, et un séquestre de la grosseur d'un noyau de cerise fut éliminé.

Ulérieurement, j'eus recours aux injections iodées, et je ne doute pas que si, dans le principe, on eût reconnu la véritable cause de la maladie, il n'eût été possible de conserver la vie à ce malheureux jeune homme.

Nous n'avons pas à insister ici sur la déformation pelvienne; nous ferons remarquer seulement qu'elle était la

conséquence, non pas d'une coxalgie, mais de la nécrose ischio-pubienne et que la déviation du bassin avait déterminé, comme cela arrive souvent, la déviation du rachis.

## OBSERVATION II

Busch. Günsburg Zeitschrift. Breslau 1857

*Ostéite du pubis. — Symptômes de coxalgie. — Absès. —  
Fistules. — Troubles urinaires*

Le malade est un jeune cultivateur reçu à l'hôpital de Christiania en 1855.

Son affection remonte à neuf ans ; *elle débuta comme une coxalgie* : douleur de la hanche droite rendant tout mouvement impossible.

Formation d'un abcès au pli de l'aîne. Celui-ci ouvert, les symptômes s'amendèrent et le malade put marcher. Mais il y a huit ans, il s'aperçut que des morceaux d'os sortaient par la fistule qui avait succédé à l'abcès. Plus tard, un autre abcès s'ouvrit dans le pli *génito-crural* et donna issue à du pus et des séquestres très petits. Il y a quatre ans, des troubles survinrent du côté de l'appareil urinaire. Il y a deux ans, abcès urinaire.

A l'entrée à l'hôpital, on constate une luxation du fémur, la tête est probablement érodée et on ne la sent nulle part. Le membre inférieur *raccourci* est en *adduction et en rotation interne*. La marche est assez facile et à l'aide d'un bâton.

Deux fistules, dans le pli de l'aîne et dans le flanc droit, conduisent, l'une, dans la symphise pubienne, l'autre, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Extraction d'un séquestre autour duquel s'était formé un calcul.

Guérison.

### OBSERVATION III

OLLIER. Tome III. Résections. Observation CXVIII  
(Résumée)

*Ostéite du corps du pubis et de la branche ischio-pubienne.  
— Fistules multiples et suppuration abondante. — Résec-  
tion sous-périostée de ces portions osseuses. — Reproduc-  
tion d'une masse osseuse, remplaçant la branche ischio-  
pubienne, et complétant le trou obturateur.*

Marie Pipart, âgée de 28 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 mai 1863.

Cette malade raconte qu'il y a treize mois environ elle sentit survenir, subitement, une douleur très vive, dont elle rapporte le siège à la fosse iliaque gauche. Elle s'alita et garda le repos le plus absolu pendant quelques jours. Peu de temps après, une tuméfaction se montra au niveau de la symphise pubienne.

La tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à une assez grande quantité de pus. La santé générale s'altéra, les règles disparurent, l'amaigrissement se prononça ; un nouvel abcès se forma et s'ouvrit au dessous du premier.

Elle entra, une première fois, dans le service de notre collègue, le docteur Delore, qui fit l'extraction de quelques petites portions nécrosées.

La malade partit soulagée ; mais les fistules persistant toujours, elle rentre le 18 septembre dans notre service. Elle est alors dans l'état suivant : elle est très amaigrie, pâle et anémique ; le membre inférieur gauche *est en adduction forcée*. Un examen attentif permet de rapporter cette *position vicieuse à la contracture des adducteurs* et fait rejeter toute lésion de l'articulation coxofémorale ou de la colonne vertébrale. Deux fistules, donnant issue à une assez grande quantité de pus, s'ouvrent *dans le pli génito-crural*. Ces fistules conduisent sur les branches dénudées du pubis et de l'ischion.

Le toucher rectal ne révèle pas de tumeur abdominale profonde.

On opère. Résection de la branche descendante du pubis, du corps de cet os et branche horizontale. Suppuration pendant quelque temps ; puis, le 17 octobre 1884, en incisant pour fermer ces fistules, on découvre la reproduction d'une masse osseuse, remplaçant la branche ischiopubienne et complétant le trou obturateur. On enlève les derniers séquestres et, le 20 mars 1885, la malade quitte l'hôpital, marche sans douleurs en boitant très légèrement. La station assise n'est plus douloureuse.

#### OBSERVATION IV

MARJOLIN. — Société de chirurgie 1871.

*Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne.*

*Diagnostic de coxalgie. — Autopsie.*

Marjolin a présenté à la Société de chirurgie, en 1871, une pièce d'ostéite tuberculeuse du pubis, ayant simulé la coxalgie.

Chez sa malade, petite fille âgée de 8 ans, la *flexion*, très prononcée de la cuisse sur le bassin, l'impossibilité d'imprimer au membre pelvien des mouvements d'*extension et d'abduction*, sans entraîner le bassin et causer des douleurs très vives, firent admettre le diagnostic de coxalgie. Marjolin attendit que l'état général se fût modifié pour intervenir.

Survint une rougeole, compliquée d'une double broncho-pneumonie qui emporta la malade.

A l'autopsie, l'articulation coxofémorale fut trouvée exempte de toute altération, mais en examinant avec soin le bassin, on trouva sous l'obturateur interne un abcès en rapport avec un point d'ostéite fongueuse du pubis.

## OBSERVATION V

GANGOLPHE. — In Delbet, Dentu. — Art. Coxalgie

*Ostéite de la branche horizontale du pubis. — Diagnostic de coxalgie. — Absès. — Ponction. — Guérison.*

Il s'agit d'un malade qui s'était présenté avec le membre inférieur droit en *flexion et adduction*. Une grande gêne des mouvements et de la claudication. On fit le diagnostic de coxalgie et on plaça le malade dans une gouttière Bonnet-Ollier, avec une traction.

Au bout de quelque temps apparut un abcès au pli génito-crural ; on en pratiqua la ponction suivie d'injection de glycérine iodoformée. Les mouvements redevinrent immédiatement plus libres et après quatre ou cinq semaines de ce traitement on trouva la hanche indemne de toute lésion.

La guérison s'est maintenue depuis ce moment. Un point d'ostéite très limité de la branche horizontale du pubis avait suffi pour produire une attitude vicieuse, une gêne des mouvements et une claudication simulant la coxalgie.

## OBSERVATION VI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.

*Ostéite péricotyloïdienne du pubis. — Début brusque  
Absès. — Immobilisation. — Guérison.*

Il s'agit d'un enfant chez qui, brusquement, au retour d'une promenade, la hanche devint le siège de douleurs extrêmement vives. En même temps, on vit la cuisse se fléchir ; les mouvements et principalement ceux d'abduction étaient très douloureux. La température était de 39° au début. M. le professeur Ollier, qui l'examina, trouva un point douloureux sur la branche horizontale du pubis.

Immobilisation avec traction. La température redevient normale.

Quelque temps après, les mouvements redevenaient plus libres, mais on percevait un abcès au niveau du pubis; c'était une ostéite péricotyloïdienne. Ponction. Guérison.

## OBSERVATION VII

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Ollier)

*Ostéite de la branche horizontale du pubis. Symptômes de coxalgie. Abcès. Fistules.*

Branier Jules, 19 ans, maréchal ferrant.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels scrofuleux. Assez bonne santé antérieure. Le malade est employé chez un maréchal ferrant où il a pour emploi de soutenir le pied des chevaux pendant qu'on les ferre, et souvent le pied appuie sur le pubis, circonstance à laquelle il rattache l'origine de sa maladie.

L'affection actuelle a débuté, il y a un mois, par de la souffrance et de la gêne des mouvements d'abduction de la cuisse. En 4 ou 5 jours, la douleur devint telle qu'il dut suspendre tout travail; un rebouteur appelé, croyant à une luxation fait des manœuvres de réduction qui augmentent les douleurs. Le membre inférieur était alors en *adduction et rotation interne avec flexion de la cuisse sur le bassin*.

A son entrée dans le service, on constate un point douloureux sur la branche horizontale du pubis et une grande gêne des mouvements. Un abcès se forme peu à peu vers le pli inguinal. Immobilisation du malade.

12 mai 1892. Incision le long de la portion inférieure du muscle psoas, en dehors de l'artère fémorale; avec une sonde cannelée, on arrive, en écartant les faisceaux muscu-

laïres sur la collection liquide. Il s'écoule alors un liquide clair; puis le liquide devient purulent. Drainage.

Le liquide retiré par la ponction se prend au bout de quelques minutes en caillots assez volumineux. La portion liquide se prend comme du blanc d'œuf par la chaleur; quelques gouttes placées dans un bouillon de gélatine, le troublent notablement.

A l'analyse faite par M. le professeur Hugounencq au laboratoire de la Faculté, on trouve que ce liquide, au microscope, paraît être un mélange de pus et de sang. Il renferme une forte proportion de phosphate de chaux.

4 juin. — Nouvelle ponction. Issue d'un liquide, d'abord citrin, puis de plus en plus épais. L'analyse révèle que ce liquide est formé par le mélange de deux albumines, hydropisine et sérine, et de l'acide phosphorique-anhydre. Cet acide n'est pas à l'état de phosphate de chaux, mais à l'état de phosphate de soude. En calculant tout l'acide phosphorique trouvé (3 gr. 84) en phosphate de soude sec, on trouve 3 gr. 40 de ce dernier sel par litre.

Le malade quitte l'hôpital le 20 août, marchant facilement; cependant, durant quelques jours encore, les mouvements d'abduction furent douloureux. Il conserve une douleur profonde, mais peu intense au niveau du pubis et à la face interne de la cuisse. Vers la fin du mois de septembre, il sentit tout à coup un écoulement se produire à la face interne du pli de l'aîne. Aussitôt la douleur pubienne disparut, mais il persista une fistule, conduisant au niveau de l'éminence iliopectinée sur un point osseux dénudé. La fistule se ferme ensuite spontanément.

### OBSERVATION VIII

(Ménard. Congrès français de chirurgie, 23 octobre 1897.)

*Tuberculose de la branche ischiopubienne. Fistules multiples.  
Signes de coxalgie. Opération.*

D., garçon de 13 ans, est placé en traitement dans le sanatorium des Enfants assistés, à Berck, pour une coxalgie.

La région de la hanche est tuméfiée, comme dans une coxalgie fistuleuse grave. Sur *la face antérieure du triangle de Scarpa*, deux fistules bourgeonnantes suppurent abondamment. En arrière, sur la partie inférieure de la fesse, s'ouvrent trois autres trajets fistuleux.

La cuisse est *fléchie*, à angle droit, toute manœuvre sur la région est douloureuse. On décide de pratiquer une intervention, avec le diagnostic de coxalgie.

Les trajets fistuleux ne se dirigeant pas directement vers la hanche, nous réunissons dans l'incision deux orifices de fistules postérieures, et nous arrivons à la face postérieure de la capsule. Comme la cuisse est mobile, et que la capsule offre extérieurement un aspect normal, le doute survient sur la présence de l'arthrite coxale. Cependant, nous incisons la capsule et nous constatons l'intégrité de l'articulation.

L'erreur reconnue, nous réunissons avec soin la capsule incisée et les parties molles voisines, puis, procédant à la poursuite des trajets fistuleux, nous sommes conduits, après une recherche assez laborieuse, sur la branche ischio-pubienne, transformée en séquestre.

Une contre-ouverture, en dedans de la cuisse, nous permet d'extraire le séquestre blanchâtre et infiltré de matière tuberculeuse sur la plus grande partie de son étendue, encore vasculaire et fongueux à l'une de ses extrémités. Ensuite, on pratique le curettage de la cavité tuberculeuse. La plaie, laissée ouverte, est à la fois drainée et remplie de gaze iodoformée.

## OBSERVATION IX

(Inédite)

*Ostéite de la branche horizontale du pubis. — Symptômes de coxalgie. — Immobilisation. — Guérison*

Tr... Joseph, âgé de 7 ans. Etant tombé en jouant, il se plaignit pendant deux ou trois jours d'une douleur à la hanche. Il boitait légèrement, comme le remarquèrent ses pa-

rents, mais continuait à marcher ; puis un matin, voulant se lever, il ressentit des douleurs très vives dans le membre inférieur gauche dès qu'il posa le pied à terre et voulut marcher.

Il garda alors le lit pendant trois jours, sans aucune immobilisation, puis au bout de ce temps, comme les douleurs existaient toujours, comme le malade présentait de la fièvre et de l'agitation, on fit appeler le docteur Gangolphe.

A l'examen, celui-ci constata que *la jambe était légèrement fléchie et en adduction*, que les mouvements imprimés au membre inférieur étaient douloureux. Engorgement ganglionnaire inguinal. Toucher rectal négatif.

L'examen révélait sur la branche horizontale du pubis un point osseux douloureux. Température 39°.

Immobilisation immédiate au moyen de la gouttière plâtrée antérieure. De suite les douleurs sont calmées, la température baisse et redevient normale.

Les douleurs causées par les mouvements provoqués diminuent peu à peu et bientôt disparaissent. Au bout de deux mois, on permet au malade de se lever un peu ; mais deux ou trois jours après, les parents s'aperçoivent que l'enfant recommence à boiter et à se plaindre.

Nouvelle immobilisation pendant deux mois encore. Au bout de ce temps les douleurs ont complètement disparu, le malade se lève et marche sans être incommodé.

Nous l'avons revu dernièrement, et la guérison s'est complètement maintenue.

## OBSERVATION X

(Inédite)

*Ostéite de la branche horizontale du pubis. — Signes de coxalgie. — Immobilisation. — Guérison*

P..., âgé de 5 ans, fut pris brusquement, il y a deux mois, sans cause apparente, de douleurs très vives à la racine de la cuisse gauche. Ces douleurs survenaient par accès à deux

ou trois reprises dans la journée ; durant la nuit le malade reposait assez bien. Au bout de deux ou trois jours, les douleurs avaient encore augmenté et *s'irradiaient vers le genou*. Tout mouvement du membre inférieur était douloureux et arrachait des cris au malade. Un médecin qui le vit craignit quelque chose d'aigu du côté de l'articulation et le fit envoyer à M. le docteur Gangolphe. Les douleurs occasionnées par le transport furent très vives.

A ce moment le membre inférieur était *en demi flexion, en adduction et en rotation en dedans*. La température était de 38°.

M. le professeur Gangolphe fit l'exploration de la région et trouva l'articulation de la hanche indemne, mais en revanche un point douloureux situé sur la branche horizontale du pubis au niveau de l'éminence iliopectinée.

Immobilisation dans une gouttière avec une légère traction ; immédiatement les douleurs cessèrent, le membre revint en position normale et le malade put reposer.

On continue encore l'immobilisation.

Actuellement, les douleurs spontanées ont disparu, on réveille encore un peu de douleur en pressant au niveau de l'éminence iliopectinée. Le malade remue son membre inférieur sans ressentir aucune douleur.

## OBSERVATION XI

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GANGOLPHE)

*Ostéite de la branche horizontale du pubis. — Symptômes de coxalgie.*

Il s'agit d'un jeune enfant de 7 ans.

Il y a un mois et demi environ, après avoir souffert un peu de la jambe gauche pendant quelque temps, le malade ressentit brusquement de violentes douleurs dont il indiquait le siège au pli de l'aîne.

M. le docteur Rambaud, de Brignais, qui le vit à ce moment, craignit quelque chose d'aigu et ordonna le transport immédiat à Lyon. Le malade avait alors 39°.

A Lyon, M. le professeur agrégé Gangolphe constata une gêne partielle des mouvements du membre inférieur et tout particulièrement des *mouvements d'abduction et de rotation externe*.

Pas de tuméfaction au pli de l'aîne. Pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Le toucher rectal ne révèle rien du côté de l'articulation.

Sur la branche horizontale du pubis existe un point douloureux très net. La température était alors de 38°2.

Immobilisation dans une gouttière Bonnet-Ollier avec une traction de 2 kilogr. Disparition immédiate des douleurs. La température tombe à 37°2 le matin pour ne remonter à 38° le soir, que tous les cinq ou six jours.

Pas de menaces d'abcès.

A un deuxième examen, pratiqué il y a huit jours, les mouvements de la branche étaient presque entièrement libres. On continuait encore l'immobilisation.

## OBSERVATION XII

(Inédite)

*Ostéite de la branche ischiopubienne. — Symptômes de coxalgie. — Abcès. — Ponction.*

R .., 30 ans, teinturier à Lyon.

Il y a trois ans environ, le malade ressentit de vagues douleurs dans la jambe gauche, sans pouvoir exactement en préciser le siège. Il fut soigné pour une sciatique, avec de fortes doses de salicylate de soude. Mais les douleurs ne diminuèrent pas et il arriva bientôt à ne plus pouvoir marcher ou à appuyer sur la jambe malade. Il boitait déjà depuis longtemps, et à ce moment il remarqua que sa jambe était raccourcie, *en légère flexion, et le pied tourné en dedans*.

Au mois de février 1897, apparut au pli génitocrural un abcès volumineux. M. le professeur agrégé Gangolphe, qui le vit alors, diagnostiqua une ostéite du pubis et trouva un point douloureux sur la branche ischiopubienne. On ponctionna l'abcès et il sortit environ un litre de pus assez épais, blanchâtre. Deux cobayes, qui furent inoculés avec le pus, succombèrent avec des lésions de tuberculose généralisée.

Le malade éprouva de suite quelque soulagement après sa ponction. Il garda le lit environ quinze jours, sans immobilisation, et reprit ensuite son travail, les mouvements du membre inférieur étant redevenus très libres.

Au bout d'un mois et demi, l'abcès s'étant reformé, on le ponctionna de nouveau. On évacua environ un demi-litre de pus assez clair. Puis il reprit son travail presque immédiatement.

Traitement général. Huile de foie de morue. Liqueur de Fowler.

Actuellement, le malade, que nous avons revu, ne souffre plus. Il a encore un point douloureux situé sur la branche ischio-pubienne. Il a dans le pli génito-crural un petit abcès de la grosseur d'un œuf. La marche n'est pas douloureuse, mais pourtant le malade éprouve un peu plus de fatigue dans le membre malade.

### OBSERVATION XIII

(In Thèse de GUILLOU. Observation V.)

*Ostéomyélite aiguë du pubis. — Propagation articulaire. — Mort. — Autopsie.*

Claude Bougin, 20 ans, journalier, entré le 11 février 1874 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le 8 février ayant travaillé toute la matinée, il ressentit vers midi, un malaise général. Il ne sait à quoi l'attribuer, n'ayant reçu aucune contusion, ne s'étant pas exposé à un refroidissement brusque. Rentré chez lui, il eut le soir un frisson intense et dans la nuit quelques douleurs à la racine de la cuisse gauche.

9. Céphalalgie. Diarrhée avec météorisme. Pas de vomissements, pas d'épistaxis.

11. Entrée à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine. Le 23 est transféré dans le service du professeur Ollier.

On constate alors une tuméfaction considérable à fluctuation obscure, occupant la région crurale gauche et surtout la face interne de la cuisse dans son tiers supérieur. La tuméfaction remonte dans la fosse iliaque à quatre centimètres au-dessus de l'arcade. Par le toucher rectal on la retrouve sur la face interne de l'ischion.

La pression contre le genou ne réveille aucune douleur ; le malade a des lancées constantes dans le haut de la cuisse, toute pression sur l'abcès est très douloureuse. Il se couche tantôt sur le dos, tantôt sur le côté sain ; dans les deux positions, les deux membres inférieurs sont dans la flexion, flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse.

*Pouls 110. Température 40°9. Prostration très marquée. Céphalalgie. Insomnie. Langue blanche. Ventre météorisé.*

26 février. Ponction de l'abcès. On retire un peu de pus (60 gr.) Le 27, 28 février et le 1<sup>er</sup> et 3 mars on fait encore sortir un peu de pus par la ponction.

Du 8 au 11, les mouvements de l'articulation coxofémorale deviennent très douloureux.

Le 17, les douleurs étant plus vives, on place le membre inférieur dans un appareil silicaté.

Mort dans la nuit du 19 au 20.

A l'autopsie on trouve un vaste abcès occupant la face postérieure du pubis et remontant jusqu'à 4 centimètres le long du psoas. Toute la symphise, la branche horizontale et la branche descendante du pubis gauche sont plongées dans du pus d'aspect louable, existant soit en avant, soit en arrière.

L'articulation coxofémorale est pleine de pus, sa synoviale est tomenteuse, le ligament rond ramolli cède à la première traction. La tête fémorale ne présente que des inégalités ondulées du cartilage.

## CONCLUSIONS

---

I. Les ostéites du pubis se distinguent, suivant leur siège, en deux variétés : les unes (*ostéites prépubertiques*) se rencontrent chez les enfants et siègent sur la portion du pubis contiguë à la cavité cotyloïde; les autres (*ostéites postpubertiques*) siègeant aux points de soudure des branches horizontale et descendante avec les autres os du bassin, et dans la zone des épiphyses marginales, se rencontrent chez l'adulte.

II. Ces deux formes d'ostéites (péricotyloïdiennes et épiphysaires) peuvent, dans certains cas, simuler l'arthrite coxofémorale, par la claudication, la gêne dans les mouvements, l'attitude vicieuse du membre inférieur, l'adénopathie inguinale et, parfois même, jusqu'au siège des abcès. La confusion peut être très facile, comme le prouvent diverses observations.

III. Dans des cas semblables, on serait peut-être mis sur la voie du diagnostic par l'âge du sujet, l'absence de gonalgie, l'indolence de l'articulation à la percussion sur le genou, par l'attitude initiale en

adduction et rotation interne prise par le membre inférieur, mais on ne pourra se prononcer que :

1<sup>o</sup> Par la constatation d'un point douloureux, extra articulaire, siégeant sur le pubis ;

2<sup>o</sup> Par l'apparition d'un abcès au pli génitocrural, qui est le lieu d'élection, ou par l'exploration minutieuse au stylet des fistules qui conduisent sur le point osseux nécrosé ;

3<sup>o</sup> Par l'intégrité relative des mouvements articulaires qui reparaissent parfois au moment de la formation de l'abcès.

3<sup>o</sup> Par la possibilité de mouvoir librement la cuisse pendant l'anesthésie.

Le toucher rectal ne devra jamais être négligé, car il fournit de précieux renseignements sur l'état de l'articulation.

Enfin la radiographie, avec de nouveaux perfectionnements, permettra peut-être de déterminer exactement, dès le début, le siège de la lésion ; mais jusqu'à maintenant on n'a pas encore eu de résultats très nets.

IV. Le traitement devra prévenir l'envahissement articulaire à craindre surtout chez les enfants, et calmer les douleurs.

Ce but sera atteint par l'immobilisation du malade pendant quelque temps dans une gouttière Bonnet-Ollier, avec une légère traction. Chez les enfants et même chez l'adulte, on pourra avantageusement employer une demi-gouttière plâtrée antérieure en forme de T.

Quand des abcès se seront formés, il faudra en faire la ponction, suivie ou non d'injection de glycérine iodoformée. Le plus souvent, de simples ponctions, répétées autant de fois qu'il est nécessaire, suffisent pour amener la guérison, surtout dans les cas d'ostéite tuberculeuse qui aboutissent peu souvent à la production de séquestres.

Si des fistules persistent, si les séquestres causent une suppuration continue, il faudra, après incision des parties molles, enlever la portion osseuse nécrosée.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

- BUSCH. — Gunsburg Zeitschrift. Breslau 1857.
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration.
- CHIPAULT. — In Delbet Dentu. Art. Arthralgies hystériques.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire. Art. Bassin et Coxalgie.
- DESTOT. — Congrès français de chirurgie. Paris, 23 octobre 1897.
- DUPLAY. — Des pseudo-coxalgies. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
- DURET. — *Progrès Médical*, 1876 et 1883.
- GANGOLPHE. — In Dentu Delbet. Art. Coxalgie.
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.
- GIRALDÈS. — Maladies chirurgicales des enfants.
- GOULLLOUD. — Des ostéites du bassin, leur pathogénie et leur traitement. Thèse de Lyon, 1883.
- KUSTER. — Ein chirurgisches Triennium, 1876, 1877, 1878.
- LANNELONGUE. — De la coxo-tuberculose.
- MARJOLIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1871.
- MARTIN et COLLINÉAU. — De la coxalgie.
- MÉNARD. — De la coxalgie tuberculeuse.
- MÉNARD. — Congrès français de Chirurgie, 23 octobre 1897.
- MORDANT. — Des ostéites du grand trochanter. Thèse de Lyon 1899.
- OLIER. — Traité des résections. Tome III.
- POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.

SECHEYRON. — De l'ostéomyélite du pubis. Archives de Médecine générale, 1888. Tome I.

TESTUT. — Anatomie descriptive. Tome I.

TERRILLON. — *Semaine Médicale*, 1884.

TRÉLAT. — *Journal des connaissances médicales pratiques*, 1882.

VERNEUIL. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1877.

VERNEUIL. — Péri-coxalgie et coxalgie. — *Gazette des Hôpitaux*, 1878.

VOLKMANN. — *Beitrag zur Chirurgie*.

WISARD. — Des ostéites du bassin. Thèse de Genève, 1886.



